

Groupement hospitalier de territoire des Alpes Maritimes

Convention constitutive

Nice juin 2016

Table des matières

PRÉAMBULE	6
PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	7
1. <i>ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE</i>	7
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	8
Titre 1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	8
COMPOSITION	8
DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	9
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	9
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT.....	10
DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES.....	10
Titre 2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	10
Titre 3. GOUVERNANCE	11
LE COMITE STRATEGIQUE	11
INSTANCE MEDICALE COMMUNE.....	12
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS	13
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT	13
COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX	14
CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	15
Titre 4. FONCTIONNEMENT	16
Titre 5. PROCEDURE DE CONCILIATION	16
Titre 6. COMMUNICATION DES INFORMATIONS.....	17
Titre 7. DUREE ET RECONDUCTION	17



La présente convention constitutive s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- ° La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ;
- ° Le code de la santé publique et notamment ses articles L 6132-1 à L 6132-7 instituant les groupements hospitaliers de territoire ;
- ° Le décret n° 2016-524 relatif aux groupements hospitaliers de territoire du 29 avril 2016 ;
- ° L'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de PACA ;
- ° Les avis et délibérations des instances des établissements signataires de la présente convention relatifs à :
 - l'adhésion au Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes maritimes ;
 - la désignation de l'établissement support ;
 - l'option de retenir un collège médical ;
 - l'option de retenir un comité des usagers ;
 - l'adoption de la présente convention constitutive.

CH de ANTIBES

Concertation en Directoire du 16 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 16 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 22 juin 2016
Avis de la CME du 28 juin 2016
Avis du CTE des 15 et 27 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 30 juin 2016

CHI DE BREIL SUR ROYA

Concertation en Directoire du 20 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 22 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 23 juin 2016
Avis de la CME du 20 juin 2016
Avis du CTE du 28 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 29 juin 2016

CH de CANNES

Concertation en Directoire du 14 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 17 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 22 juin 2016
Avis de la CME du 20 juin 2016
Avis du CTE du 21 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 30 juin 2016

CH de ENTREVAUX

Concertation en Directoire du 16 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 23 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 16 juin 2016
Avis de la CME du 16 juin 2016
Avis du CTE du 14 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 23 juin 2016





CRCR de GORBIO

Concertation en Directoire du 27 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 24 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 24 juin 2016
Avis de la CME du 27 juin 2016
Avis du CTE du 27 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 28 juin 2016

CH de GRASSE

Concertation en Directoire du 14 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 10 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 23 juin 2016
Avis de la CME du 16 juin 2016
Avis du CTE des 21 et 29 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 23 juin 2016

CH de MENTON

Concertation en Directoire du 9 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 15 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 8 juin 2016
Avis de la CME du 23 juin 2016
Avis du CTE des 15 et 23 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 24 juin 2016

CHU DE NICE

Concertation en Directoire du 27 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 10 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 28 juin 2016
Avis de la CME du 28 juin 2016
Avis du CTE des 20 et 27 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 29 juin 2016

CH de PUGET THENIERS

Concertation en Directoire du 16 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 23 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 21 juin 2016
Avis de la CME du 16 juin 2016
Avis du CTE du 15 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 24 juin 2016

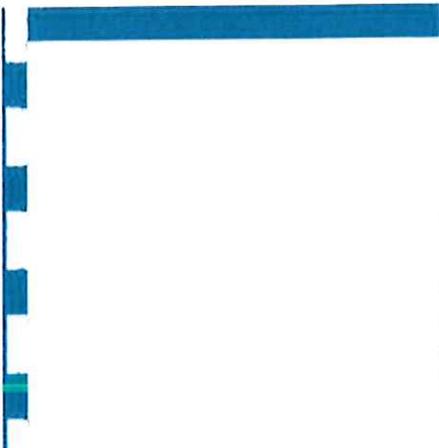
CHI de LA VESUBIE

Concertation en Directoire du 10 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 16 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 14 juin 2016
Avis de la CME du 14 juin 2016
Avis du CTE du 14 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 16 juin 2016

CH SAINT MAUR DE SAINT ETIENNE DE TINEE

Concertation en Directoire du 7 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 21 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 21 juin 2016
Avis de la CME du 21 juin 2016
Avis du CTE du 28 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 30 juin 2016





CH DE SOSPEL

Concertation en Directoire du 14 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 28 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 21 juin 2016
Avis de la CME du 15 juin 2016
Avis du CTE du 21 et 29 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 29 juin 2016

CH SAINT LAZARE DE TENDE

Concertation en Directoire du 20 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 20 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 27 juin 2016
Avis de la CME du 20 juin 2016
Avis du CTE du 20 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 28 juin 2016

CENTRE DE LONG SEJOUR DE VALLAURIS

Concertation en Directoire du 16 juin 2016
Avis de la commission des usagers du 22 juin 2016
Avis de la CSIRMT du 7 juin 2016
Avis de la CME du 14 juin 2016
Avis du CTE du 15 et 24 juin 2016
Avis du Conseil de Surveillance du 24 juin 2016

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la Loi du 26 Janvier 2016, les Établissements Publics de Santé des Alpes Maritimes ont décidé de créer un Groupement Hospitalier de Territoire sur le département.

Ils souscrivent aux orientations de la Loi qui d'une part, crée un projet médical partagé pour faciliter l'accès des malades au système de soins et, d'autre part, mutualise certaines fonctions en vue d'une meilleure efficacité des structures.

Pour autant, l'esprit de la Loi porté par les établissements de santé ci-dessus, consiste en une stratégie d'alliance qui respecte les hommes, les fonctions et les institutions, dans leurs missions présentes et futures.

Cette stratégie d'alliance s'appuie sur les valeurs de loyauté et d'engagement. Elle vise à réaliser les objectifs du GHT. Elle privilégie le « collectif » au service de l'intérêt général, par le débat, l'échange et l'écoute. Dans ce cadre, le GHT s'attache à la recherche de consensus entre ses membres chaque fois que possible.

Cette stratégie d'alliance, fondée sur une organisation cohérente avec les objectifs et les valeurs énoncées ci-dessus, s'appuie sur :

- un comité stratégique, organe de débat, de dialogue, d'élaboration des orientations et d'évaluation qui porte des décisions prises selon des modalités précisées dans le règlement intérieur ;
- un établissement support à l'écoute des établissements du GHT, de leurs rôles, de leurs missions et leurs contraintes ;
- une organisation du pilotage et de la mise en œuvre des fonctions mutualisées qui fait appel à tous les établissements par des délégations spécifiques ;
- un collège médical, garant de filières conformes à l'intérêt des malades du territoire du GHT, évolutives en fonction des progrès médicaux et scientifiques, garant avec le Doyen de la Faculté de Médecine d'un enseignement médical de haut niveau et d'une Recherche de qualité ;
- une commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) soucieuse des besoins des patients ;
- un comité des usagers, moteur d'une participation active des patients ou de leurs représentants, à la définition des objectifs du GHT et de leur évolution ;
- un comité territorial des élus locaux leur donnant la possibilité d'exercer leurs responsabilités dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé de leurs concitoyens ;
- une conférence territoriale de dialogue social respectueuse de l'expression des salariés.

Les établissements membres du GHT des Alpes Maritimes conviennent que l'esprit du dispositif est celui exposé ci-dessus. Ils forment de ce préambule une disposition essentielle de la présente convention.

PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE

Article 1 : contexte, objectifs et méthode.

Les établissements publics de santé parties à la présente convention établissent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

Le projet médical partagé présente des objectifs généraux et opérationnels par discipline ou filière de soins, identifie les modalités de coordination et de développement réciproque des activités entre les équipes médicales du Groupement Hospitalier de Territoire. Il s'assure de l'existence et de la pertinence des moyens nécessaires pour atteindre les résultats escomptés.

Pour ce faire, les grandes orientations du projet médical partagé du Groupement capitalisent les réflexions engagées entre les centres hospitaliers d'Antibes Juan-Les-Pins, de Cannes, de Grasse, de Menton et du CHU qui ont souhaité se rapprocher dès le 15 juin 2014 dans la conduite de leurs réflexions stratégiques, afin de renforcer leurs complémentarités, tout en optimisant leurs organisations et leurs ressources et ceci sous l'égide de l'ARS.

L'ensemble des réflexions entre les établissements cités aboutit aux grandes orientations du PMP ici décrites.

Dans un Groupement ouvert aux centres hospitaliers de proximité du département et celui d'Entrevaux, au CRCR de Gorbio et au Centre de Long Séjour de Vallauris, ces grandes orientations doivent être travaillées en 2 étapes fixées par la réglementation :

- au 1^{er} janvier 2017 l'ensemble des objectifs médicaux doivent avoir été identifiés et l'organisation par filières de soins au sein du territoire doit avoir été décrite.
- pour le 1^{er} juillet 2017, le Projet Médical Partagé doit pouvoir faire état des points 1 à 9 fixés par l'article 6132-3 du code de la santé publique.

A cette fin, les établissements parties au Groupement s'accordent sur la mise en œuvre d'un travail de collaboration et de concertation des professionnels, permettant de respecter ces exigences réglementaires d'une part, et qui sera fondé sur une politique d'alliance et de coopération dans les domaines de l'organisation des soins et des activités médicales entre les établissements d'autre part.

L'enjeu est de constituer une offre publique forte, complète, accessible financièrement et en capacité, de renforcer l'attractivité du service public pour les patients mais aussi pour les professionnels.

Aussi, le projet médical devra identifier, par spécialité ou filière de prise en charge, le parcours des patients en privilégiant, depuis une réponse de proximité et de qualité jusqu'aux activités de recours, une gradation des prises en charges bien identifiée. La complémentarité des activités médicales, médico-sociales et médicotechniques des différents membres du Groupement sera recherchée. Cette complémentarité sera également recherchée avec la médecine ambulatoire.

A l'issue d'un travail de concertation associant les professionnels de chaque établissement, le Groupement devra disposer d'un projet médical:

- formalisé pour les activités de MCO, d'HAD, de SSR, de psychiatrie, d'USLD et d'EHPAD avec projection de l'évolution du portefeuille d'activités à 5 ans ;
- anticipant les évolutions de prises en charges et de fonctionnements selon les référentiels de bonnes pratiques et en adéquation avec les critères de la certification HAS ;
- organisant le nouvel espace territorial en tenant compte des nouvelles technologies (télé médecine, télé consultation) entre établissements et le cas échéant, avec les autres partenaires.

Le travail de formalisation du projet médical devra notamment prendre en compte :

- le Projet Régional de Santé (PRS) ;
- les orientations connues du SROS et ses évolutions à venir.

A terme, les projets médicaux des établissements parties au Groupement seront conformes au PMP du GHT et les conséquences sur les CPOM seront déclinées.

Orientations du projet médical partagé.

Voir annexe 1

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire

Il est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Titre 1. *CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE*

COMPOSITION

Article 3 :

Les établissements et services suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

Centre Hospitalier d'ANTIBES JUAN LES PINS, dont le siège est 106 avenue de Nice, 06606 ANTIBES ;

Centre Hospitalier de BREIL sur ROYA, dont le siège est 2 rue Cordier, 06540 BREIL sur ROYA ;

Centre Hospitalier de CANNES, dont le siège est 15 avenue des broussailles, CS 50008, 06414 CANNES ;

Centre Hospitalier d'ENTREVAUX, dont le siège est Parc des Glandèves, 04320 ENTREVAUX ;

Centre de rééducation cardio respiratoire de GORBIO, dont le siège est 862 route du Sanatorium, 06500 GORBIO ;

Centre Hospitalier de GRASSE, dont le siège est chemin de Clavary, BP 53149, 06135 GRASSE ;

Centre Hospitalier de MENTON, dont le siège est 2 avenue Antoine Pégion, BP 189, 06507 MENTON ;

Centre Hospitalier Universitaire de NICE, dont le siège est Hôpital de CIMIEZ, 4 avenue de la reine Victoria, BP 1179, 06003 NICE cedex 1 ;

Centre Hospitalier de PUGET THENIERS, dont le siège est quartier de la condamine, 06260 PUGET-THENIERS ;

Centre Hospitalier inter communal de la VESUBIE, dont le siège est boulevard René Roques, 06450 ROQUEBILLIERE ;

Centre Hospitalier SAINT MAUR de SAINT ETIENNE de TINEE, dont le siège est 3 rue droite, 06660 SAINT ETIENNE de TINEE ;

Centre Hospitalier de SOSPEL, dont le siège est place saint François, 06380 SOSPEL ;

Centre Hospitalier SAINT LAZARE de TENDE, dont le siège est quartier Speggi, 06430 TENDE ;

Centre de long séjour de VALLAURIS, dont le siège est place Saint Roch, BP 249, 06227 VALLAURIS.

Un autre établissement public de santé ou un autre établissement ou service médico-social public peut adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention, et qu'il n'est partie à aucun groupement hospitalier de territoire.

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement selon les modalités décrites dans le Règlement Intérieur du Groupement.

DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 4 :

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« **GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE des ALPES MARITIMES** »

OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 5 :

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé prévu en partie I de la présente convention et élaboré par les établissements.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Il constitue une stratégie d'alliance entre les établissements publics de santé parties au groupement.

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

Article 6 :

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est le CHU de NICE dont le siège est Hôpital de CIMIEZ, 4 avenue de la reine Victoria, BP 1179, 06003 NICE cedex 1.

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la présente convention.

Au terme d'une période de 5 ans, le directeur de l'établissement support présente au comité stratégique un bilan de la mise en œuvre du projet médical partagé et de la réalisation des objectifs assignés par la loi à chaque fonction mutualisée. A l'issue de cette présentation, un vote peut avoir lieu sur l'opportunité de changer d'établissement support. Ce vote est soumis à la majorité qualifiée prévue au Règlement Intérieur du Groupement.

DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

Article 7 :

Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de 1 an.

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent par délibération, aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques. Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

Titre 2. **ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

Article 8 :

Sans préjudice des accords existant, les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de

partenariats et association prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique entre le présent groupement hospitalier de territoire et :

- Les hôpitaux des armées ;
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- Les établissements privés.

Les projets de conventions d'association ou de partenariat sont soumis préalablement pour avis au comité stratégique du groupement.

S'agissant des conventions d'association ou de partenariat, le Groupement entend réaliser chaque année et par thème objet de l'association ou du partenariat, un bilan des actions entreprises. Ce bilan a lieu en présence des représentants membres associés ou des membres partenaires concernés.

Le CHU de Nice informe le comité stratégique du périmètre et des modalités des conventions d'association éventuellement conclues avec d'autres GHT. Il est garant de leur compatibilité avec le projet médical partagé du présent groupement.

Dans le cadre exposé ci-dessus, les établissements parties à la présente convention sont convenus d'ouvrir leur réflexion aux GHT de la Corse. Le but poursuivi est de créer les liens nécessaires en vue de coordonner les filières des GHT de Corse et celles de la Région PACA.

A cet effet, les responsables médicaux des filières de soins des départements de la Corse désignés par leurs établissements pourront être invités à participer à des groupes de travail du projet médical partagé du présent Groupement.

Article 9 :

Le Centre hospitalier et universitaire de NICE partie à la présente convention, assure pour le compte des autres établissements partie au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3, sans qu'il soit nécessaire de conclure une convention d'association spécifique :

- 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- 3° Les missions de référence et de recours.

Le Centre hospitalier et universitaire de NICE coordonne pour le compte des autres établissements parties au groupement, la mission de gestion de la démographie médicale mentionnée au IV de l'article L. 6132-3, sans qu'il soit nécessaire de conclure une convention d'association spécifique à cet effet.

Le CHU de NICE élabore et porte un projet relatif à l'ensemble de ces missions au bénéfice des établissements membres du GHT. Ce projet est détaillé dans le Projet Médical Partagé.

Titre 3. GOUVERNANCE

LE COMITE STRATEGIQUE

Article 10 :

Missions et compétences

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre :

- de la présente convention qu'il évalue régulièrement ;
- du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Il procède à son évaluation et arrête les évolutions nécessaires dans le respect des compétences des instances de chaque établissement partie au groupement.

S'agissant des fonctions mutualisées, il est régulièrement tenu informé de l'avancement de chacune d'entre elles par le président du COmité de PIlotage (COPIL) de chaque fonction support et par le directeur de l'établissement support. Il peut proposer toute évolution susceptible d'en améliorer l'efficience.

Composition

Le comité stratégique comprend :

Etablissements :

- Les directeurs des établissements visés à l'article 1 ;
- Les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 1 ;
- Les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques visés à l'article 1 ;
- Pour les centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice, un représentant de chaque CME élu en leur sein.

Personnes physiques :

- Le président du collège médical du Groupement ;
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire ;
- Le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale de la faculté de NICE ;
- Deux représentants des usagers.

Droits de vote

Les centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice, disposent de quatre voix. Les autres établissements et les personnes physiques disposent d'une voix.

Fonctionnement

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.

Il se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son Président.

Le comité stratégique adopte son règlement intérieur qui détaille notamment les règles de présence, de suppléance, de quorum et de majorité qualifiée.

BUREAU

Le comité stratégique met en place un bureau dont les compétences sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

Le bureau est composé :

- Des directeurs des centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice et d'un directeur des autres établissements, choisi par ces derniers ;
- Des Présidents de CME des centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice et d'un Président de CME des autres établissements, choisi par ces derniers ;
- Du président de la CSIRMT du Groupement ;
- Du président du collège médical ou de son vice-président ;
- Du directeur de l'unité de recherche et de formation médicale de la faculté de NICE.

Le bureau se réunit mensuellement, sur convocation de son Président.

INSTANCE MEDICALE COMMUNE

Article 11 :

Il est mis en place un collège médical.

Missions et compétences

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire de groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des

patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein du groupement. Il participe à l'élaboration du Projet Médical Partagé et à ses évolutions. Il veille à sa mise en œuvre. Il propose les améliorations et les réorientations le cas échéant. Il fait chaque année, un bilan de cette mise en œuvre qu'il présente au comité stratégique.

Composition

Le collège médical comprend les membres suivant :

Etablissements :

- Les présidents de la CME ;
- Pour les centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice, 4 membres issus de chaque CME des établissements.

Personnes physiques :

- Le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale de la faculté de NICE ;
- Le Président de la CSIRMT du Groupement.

La durée du mandat des membres du Collège Médical est liée celle du mandat aux titres desquels ils siègent.

Fonctionnement

Le collège médical élit son président en son sein. Il se réunit 4 fois par an. Le collège médical de groupement adopte son règlement intérieur.

INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

Article 12 :

Il est mis en place un comité des Usagers.

Ce comité est mis en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, par avenant à celle-ci.

Le Comité des Usagers du Groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du Groupement. Les avis émis par le comité des usagers sont transmis aux membres du comité stratégique et chacune des commissions des usagers des établissements membres.

COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

Article 13 :

Missions et compétences

Les compétences déléguées à la commission soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements.

Composition

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement au titre de leurs fonctions.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement est composée comme suit :

- les présidents de CSIRMT des établissements visés à l'article 1 ;
- Pour les centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice, 2 membres issus de chaque CSIRMT élus en leur sein ;
- Un représentant élu par le collège médical en son sein.

Fonctionnement

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement se réunit 3 fois par an.

Elle peut se réunir à la demande de son Président, ou à la demande des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement adopte son règlement intérieur.

COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

Article 14 :

Missions et compétences

Le comité territorial des élus locaux est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement, notamment pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement et pour améliorer l'efficacité des fonctions mutualisées. Il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

Composition

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement ;
- des maires des communes sièges des établissements parties au groupement ;
- du président du comité stratégique ;
- des directeurs des établissements parties au groupement ;
- du président du collège médical.

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres dans le collège des élus. Le mandat est de 1 an.

Les parties au groupement conviennent d'une présidence tournante, le président étant élu parmi les représentants des Conseils de Surveillance des centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse, Menton et Nice, puis issu d'un établissements différent de ces 5 centres à l'issue de chaque mandature. La 1^{ère} présidence émane d'un établissement autre que l'établissement support.

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins 2 fois par an. Il se réunit soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres. Il établit son règlement intérieur.

CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Article 15

Missions et compétences

La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la GPEC, les conditions de travail et la politique de formation au sein du Groupement.

Composition

Membres avec voix délibérative :

- Le président du comité stratégique, président de la conférence ;
- 15 représentants titulaires et 15 suppléants, des organisations représentées au sein des CTE des établissements parties au groupement.

Membres avec voix consultative :

- Le Président du collège médical du GHT ;
- Le Président de la CSIRMT du GHT ;
- Tout membre du comité stratégique désigné par son président.

Assistent à la conférence territoriale de dialogue social :

- Les directeurs des ressources humaines des établissements fondateurs ;
- Toute personne conviée par le Président.

Modalités de répartition des sièges

Afin de garantir la représentativité des organisations syndicales siégeant dans les CTE des établissements membres du GHT, les 15 sièges sont répartis en deux temps de la manière suivante :

- 1) 1 siège est attribué à chaque organisation syndicale dès lors qu'elle dispose d'au moins un siège au sein d'un CTE des établissements membres du groupement,
- 2) Déduction faite des sièges attribués ci-dessus, le restant des sièges à pourvoir est réparti :
 - en première intention, au prorata du nombre total de sièges détenus par chaque organisation syndicale siégeant dans plusieurs CTE des établissements membres ;
 - en seconde intention au plus fort reste.

La mise à jour de la répartition des sièges s'effectue à chaque modification de composition des CTE des établissements membres, et en particulier après chaque élection professionnelle.

Désignation des représentants

Compte tenu du caractère départemental du GHT des Alpes Maritimes, et une fois le nombre des sièges répartis par organisation syndicale, il revient aux sections départementales de chaque organisation syndicale s'étant vu attribuer au moins un siège, de désigner ses représentants (titulaires et suppléants) à la conférence territoriale de dialogue social, en veillant à garantir la représentativité des CTE des établissements membres du groupement sur l'ensemble des titulaires et suppléants (30).

Fonctionnement

Elle est présidée par le directeur de l'établissement support. Elle se réunit au moins deux fois par an, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers des établissements membres du groupement, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants titulaires siégeant à la conférence.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont précisées dans le Règlement Intérieur du Groupement.

Titre 4. **FONCTIONNEMENT**

Article 16 :

Pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L 6132-3 du code de la santé publique, le directeur de l'établissement support s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement, selon les modalités suivantes par fonction mutualisée :

- Un comité de pilotage, présidé par un directeur d'établissement, en charge d'assurer une prise de décision collective ;
- Une structure d'expertise en charge de garantir, pour la fonction considérée, des méthodes et des outils communs entre les établissements du groupement ;
- Une répartition des responsabilités opérationnelles de la fonction mutualisée considérée, dans chacun des établissements.

Le directeur de l'établissement support et chaque président des comités de pilotage mentionnés ci-dessus présentent chaque année au comité stratégique, un bilan du fonctionnement de chacune des fonctions ainsi gérées.

Article 17 : Procédure budgétaire

Au plus tard quinze jours avant la transmission prévue à l'article R 6145-29, les établissements parties au groupement envoient au comité stratégique leur EPRD ainsi que leur PGFP pour avis. Toutefois, il n'existe pas de fongibilité financière entre les établissements parties au groupement.

Article 18 : Compte qualité unique et certification

Les établissements parties au groupement se dotent d'un compte qualité unique en vue d'une certification conjointe à compter de 2020.

Article 19 : Règlement intérieur

Le comité stratégique élabore et adopte le règlement intérieur du groupement. Ce dernier comprend notamment les règlements intérieurs de chaque instance.

Article 20 : Révision et modification

La modification de la présente convention peut intervenir à la demande de ses membres. La modification ainsi proposée doit être approuvée par le comité stratégique à une majorité qualifiée prévue par le règlement intérieur.

La convention ainsi modifiée sera soumise pour approbation au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé PACA.

Titre 5. **PROCEDURE DE CONCILIATION**

Article 21 :

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à 3 conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie. La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS PACA.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

Titre 6. **COMMUNICATION DES INFORMATIONS**

Article 22 :

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information dans un délai de 3 mois suivant leur signature :

- aux établissements parties au groupement ;
- à l'ARS PACA ;
- à tout organisme ou personne désigné par le comité stratégique.

Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres, toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du Groupement, et notamment la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée.

Titre 7. **DURÉE ET RECONDUCTION**

Article 23 :

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction.

Faits à NICE, le 30 juin 2016.

Jérémie SECHER, directeur du centre hospitalier d'ANTIBES – JUAN LES PINS

Jean Pierre DALMASSO, directeur du centre hospitalier de BREIL sur ROYA

Yves SERVANT, directeur du centre hospitalier de CANNES

Bernadette DROGOUL, directeur du centre hospitalier d'ENTREVAUX

Marie Ange GAMAIN, directrice du Centre de rééducation cardio respiratoire de GORBIO

Frédéric LIMOUZY, directeur du centre hospitalier de GRASSE

Franck POUILLY, directeur du centre hospitalier de MENTON

Emmanuel BOUVIER MULLER, directeur général du centre hospitalier Universitaire de NICE

Bernadette DROGOUL, directrice du centre hospitalier de PUGET THENIERS

Hubert NAASZ, directeur du centre hospitalier de SAINT MAUR de SAINT ETIENNE de TINEE

Yvan ROUVIERE, directeur du centre hospitalier SAINT LAZARE de TENDE

Thierry LOIRAC, directeur du centre hospitalier de SOSPEL

Jérémie SECHER, directeur du Centre de long séjour de VALLAURIS

Philippe MADDALENA, directeur du centre hospitalier intercommunal de la VESUBIE

ANNEXE



ANNEXE I

GHT ALPES MARITIMES - PROJET MEDICAL PARTAGE - GRANDES ORIENTATIONS

SPECIALITES	Projets à travailler pour une mise en œuvre possible dans les 6 à 18 mois		Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus		Groupes de travail				Coordination	
	Projets avec mise en œuvre envisageable dans les 6 mois	Projets à travailler pour une mise en œuvre possible dans les 6 à 18 mois	Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus	Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus	Antibes	Cannes	Grasse	CHUN	Menton	Binôme accompagnateur
Biologie	Etablir un catalogue des activités, de leurs conditions de réalisation et des coûts. Travailler sur l'interopérabilité des systèmes d'information Formaliser une lettre de mission précisant les objectifs du projet commun de biologie	Réaliser des audits croisés dans le cadre de l'accréditation CoPac Etudier la possibilité de mise en place d'une équipe qualité commune pour COPAC	Structurer un projet médical commun de biologie autour d'objectifs partagés, d'une charte définissant les principes de l'action commune, d'une stratégie commune d'investissement et de répartition des activités (biologie de proximité, biologie spécialisée) et de la formalisation des organisations (dont transports, SI...)		Dr BLANC, chef de service	Dr NERI, chef de pôle Dr SINDT, chef de service Dr SICART, directeur référent	Dr POLCHI, chef de pôle Dr GAUCERA, chef de service	Dr GIORGANENGO, Dr M POURTEIN, F FISCHER, P FERRARI	NC	Dr BENZAKEN Mr SECHER
Cancérologie	Réflection globale à engager	A définir	A définir		Dr RE, PH Dr ROTOMONDO chef de service	Dr KAPHAN, chef de service MID Dr DUVAL, PH pneumologie	Dr DIBES, Chef de pôle Dr KRETMANN, cancérologie Dr GROSSE, pharmacien	Dr MOURROUX, Pr-N Moulier Pr PICHE Dr BEREDER	Dr HATEK	Pr PICHE Mr SECHER
Cardiologie	Fédération interhospitalière de cardiologie Cannes-Antibes-Grasse, organisant le recours avec le CHU de Nice Réunions scientifiques communes (salfs, biblio, RMIA, EPP, RCP, thrombose...) Projet commun d'ETP Recherche clinique (participation aux protocoles) Cours communs (DE, internes) Politique qualité commune (démarche clinique, patient traceur, audit de processus...) et développement de pratiques communes Stratégie d'achat commune pour les équipements (écho avec sonde ETO, épreuves d'efforts avec ergon semi-couché, cartà 3 canaux, interface de prodacte de contraste pour la cardo interventionnelle, plate-forme télécardo) Renforcement dépistage cardiopathies techniques sur le CHG avec pléiges de consacrer l'outier CHA sur cara et CHC sur écho de stress) Mise en place d'une UTC sur CHCannes	Assise commune de rythmologie Cannes-Grasse-Antibes Travailler au partage des données d'examen médicaux et à la transmission des ECG au développement de la visioconférence Organisation commune d'actes interventionnels mixtes cardio/chir (ex: TAVI) par le groupe des cardio interventionnels CGAN sur le site de TAVI (à retravailler) Engager une discussion élargie aux HPNCL, pour la cardiopédiatrie afin de réfléchir à l'organisation de la filière de prise en charge et arrêter un schéma de coopération	Construire une filière graduée de cardiologie et de chirurgie cardiaque permettant d'évoluer vers une Fédération de cardiologie élargie (Nice-Antibes-Cannes-Grasse) Unité de réadaptation cardiaque ambulatoire sur le CHA (voir SRO2)		Dr BERNASCONI, chef de service	Dr TIBI, chef de service cardo	Dr ESTRADE, Chef de pôle Dr PETT, Chef de service	Dr FERRARI Pr GIBELIN	Dr BENATTAR	

SPECIALITES	Projets avec mise en œuvre envisageable dans les 6 mois	Projets à travailler pour une mise en œuvre possible dans les 6 à 18 mois	Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus	Groupes de travail					Menton	Coordination	
				Antibes	Cannes	Grasse	CHUN	Grasse		Binôme accompagnateur	
Chirurgie orthopédique	Mise en application des protocoles de transferts des BP régionales (Trauma sévère) adultes et enfants	A définir	Mutualisation astreinte en nuit-profonde à étudier avec possibilité d'organiser l'avis spécialisé par transfert d'images	Dr LUYET, chef de pôle / Dr BOHIC, chef de service	Dr TABUTIN, chef de service ortho / Dr LAMECHE, chef de service urgences / Dr VOET, chef de pôle	Dr BORNET, chef de pôle / Dr MATHEU, Chef de service	Pr BOILEAU / Pr TROJANI	Dr MEROLLA / Dr BENATTAR			
Chirurgie thoracique	A définir	A définir	A définir	Dr ROTOMONDO, Mme RIZOLANTI	Dr PRATE, chef de service vasculaire / M. BRIZON, directeur AH Méd	Dr DUMONIN GUBENO	Pr MOURIOUX, chef de service	NC			
Chirurgie viscérale	A définir	Mutualisation astreinte en nuit-profonde à étudier	A définir	Dr DAHMAN, chef de service	Dr VOGT, chef de pôle / Dr TARLA, chef de service viscéral	Dr BORNET, chef de pôle	Pr BENZRI / Dr JL BERNARD / Pr GUGGENHEIM	Dr ABBO			
Chirurgie vasculaire	Création d'une filière de chirurgie vasculaire	Mutualisation astreinte en nuit-profonde avec le CHUN à mettre en œuvre (POSES sur le CHC)	A définir	Dr TIGER, président de CHUC ou Dr JACQ, vice président de la CME	Dr PRATE, chef de service vasculaire / Dr MOUSNIER, PH	Dr BORNET, chef de pôle	Pr HASSEN KODIA / Dr DECLERY	NC	Dr TIGER / Mme RONZIERE		
Gynécologie	Animation d'un 1er niveau de réflexion Grasse-Cannes-Antibes par le CH de Grasse pour rebatir une dynamique de travail commune	Centre commun d'orthogénie Grasse - Antibes - Cannes (sur Cannes ?)	Partager les réflexions sur la cancérologie gynécologique avec le CAL afin de définir un projet structuré de cancérologie gynécologique sur le département	Dr DUFORESTEL, chef de service / Dr MURELLE, praticien hospitalier	Dr TOULLAÏAN, chef de service gynéco-obst / Dr PEBEYRE, président CME	Dr TIBERGHIEN, Chef de pôle	Pr BONGAIN / Pr DELOTTE	Dr BENATTAR	Dr PEBEYRE / Mr LIMOUZY		
Obstétrique	Maternité sur chacun des sites / Application des protocoles du réseau de périmètre (gratiation des prises en charge)	Prise en charge des IVG par les 5 établissements avec mutualisation des plates formes téléphoniques en cas d'urgence	Projet de chirurgie gynécologique : réflexion à mener notamment sur la prise en charge de l'endométriose, la pelvi-périnéologie, les éprouves uro dynamiques, les mutations sexuelles.	Travailler sur : Embolisation Echographie de référence Biopsie de trophoblastes infertilité PMA				NC			
Imagerie	Réflexion collective à mener sur les demandes d'équipement médical lourd	Réflexion à engager (radiologie, SI) sur le partage des images et des données entre les établissements (cf projet régional)- RIS + PACS + serveur	A définir	Dr DIAMNE, chef de service	Dr CHIKU, chef de service imagerie / M. SICART, directeur référent	Dr POLICHI, Chef de pôle / Dr AIMEE, chef de service	Dr PADOVANI / Pr CHEVALLIER / Dr SEDAT, Dr G BAUDIN	Dr BENATTAR	Dr BENATTAR / Mr BOUVIER-MULLER		
Neurologie - neurovasculaire	Unité de neurologie - neurovasculaire sur CHC (étape 1)	Constitution d'un COPII territorial / Acte de neuro conventionnels sur CHA, (RIS) et Mise en place progressive d'un socle commun d'équipe / Définition des modalités de régulation pré hospitalière et des moyens de transferts (neuro-radiologie interventionnelle)	JUNV 3 sur CHA (cf prochain SROS)	Dr MULLER, praticien hospitalier / Dr TIGER, président de la CME ou Dr JACQ / Dr BOISSER, urgentiste	Dr LACHAUD, PH neurovasculaire / Dr PEBEYRE, président CME / Mme RONZIERE, directeur	Dr DIDES, Chef de pôle / Dr CADOU, praticien hospitalier	Pr P THOMAS, Dr MH Mahagne	Dr MATTEI			
OPH	Fédération d'OPH Antibes-Cannes-Grasse	Coordonner le développement des activités entre les sites (Nice, Antibes, Grasse, Cannes)	A définir	Dr DUPLAY, chef de service	Dr PAVAN, chef de service / Dr GARD, chef de pôle spécialités chr	Dr BORNET, Chef de pôle / Dr LOUIS, président de la CME	Pr S Bailif	NC			
ORL	Réunions qualité communes Cannes-Grasse-Antibes (RMM, EPP...)	Définir les filières de prise en charge en cancérologie ORL en lien avec l'ULFC	A définir	Dr DE BRUYNE, chef de service	Dr BELTRAN, chef de service ORL / Dr GARD, chef de pôle spécialités chr	Dr MAHDYOUN, Chef de service	Pr CASTILLO	NC			

SPECIALITES	Projets avec mise en œuvre envisageable dans les 6 mois	Projets à travailler pour une mise en œuvre possible dans les 6 à 18 mois	Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus					Groupes de travail			Coordination	
			Antibes	Cannes	Grasse	CHUN	Menton	Binôme accompagnateur				
Pédiatrie	A définir	Organiser des CS spécialisées sur les 3 sites C-G-A (hématologie, allergologie, gastro, pneumo, neuro-général) en lien avec les IPNCL Organiser la téléradiologie avec les IPNCL pour avis spécialisé Transfert des enfants à 30-32 semaines en néonatal CHG	Formaliser une filière de pédiatrie, de la proximité au recours Réfléchir sur la chirurgie pédiatrique de proximité Problème de la prise en charge des pathologies psychiatriques des mineurs et de la prise en charge des adolescents en crise	Dr MOREIGNE, chef de service Dr SEBAG, chef de service Dr PINCEMAIL	Dr RICHELME	NC						
Pharmacie	Déclaration d'une politique d'achat des produits pharmaceutiques concertée et conforme aux préconisations nationales, intégrant la répartition des segments d'achats et l'organisation du ou des groupements de commandes régionaux Concourir au bon usage des produits de santé en s'appuyant sur les COMEDIMS Mutualiser les activités pharmaceutiques qualité/risques et gestion des études cliniques	Développement mutualisé et harmonisé, décliné au sein de chaque structure, des activités de pharmacie clinique : Harmonisation des pratiques, mise en place ou développement de la conciliation médicamenteuse (entrées/sorties), consultations pharmaceutiques auprès des patients et actions d'information des patients sur leur traitement, participation au programme d'ETP, participations aux staffs et RCP médicaux et développement des relations Ville-Hôpital et Hôpital-Ville.	Optimisation des activités pharmaceutiques « de production », en envisageant les mutualisations après évaluation approfondie : préparations magistrales et hospitalières, préparations des doses à administrer automatisées, unité de reconstitution des chimiothérapies, stérilisation.	M. BORDONAD, pharmacien Dr DELETTE, chef de service Dr WERESZCZYNSKI, chef de service	M. COLOMB	Dr FALCONI						
Prélèvements d'organes et de tissus	Poursuite des objectifs du réseau : recensement et prise en charge donneurs potentiels, prélèvements DCA, augmentation trèvel tissu, harmonisation des pratiques, procédures de transfert, mutualisation des moyens, communication, recherche	A définir	A définir	Dr GRECH, réanimateur Dr LATI, coordonnateur greffes Dr FRECHE, chef de service Dr WINTEN, PH réa	Dr JAMBOU	NC						
Réanimation et surveillance continue	Réanimation sur chacun des 3 sites Réunions communes avec partage pu s harmonisation des protocoles médicaux Réunions scientifiques communes (staffs, RIM, EPP, réflexion éthique...)	Développer une stratégie d'innovations techniques partagées	Réfléchir au déploiement d'une fonctionnalité "dossier patient réa informatisé" intégrée au SI	Dr FRECHE, chef de service Dr MOUYA, chef de pôle réa-rea-blocs Dr RAGUIN, chef de service	Dr RAUCCOULES Pr ICHAI Pr BERNARDIN	Dr MARCOU						
Urologie	A définir	Prise en compte du rapport de la mission du Pr Paul PERRIN pour définition d'une organisation globale sur l'urologie	A définir	Dr TIGER, président de la CME ou Dr JACQ, vice président de la CME, Dr RAFIDINAKINA, chef des urgences	Pr J AMIEL, Pr Daniel CHEVALLIER, Dr DURAND	Dr YOUSSEF						
Département d'information médicale	A définir	Définition d'une organisation commune des DIM	A définir	Dr GENILLIER, DIM M. DUMONT, DAFSI	Dr DESSE	Dr MONGUILLON					Dr LOUIS Mr POUILLY	
Diabète-Endocrinologie				Dr BASTARD Service Diabète-Endocrinie	Dr Jean-François NEGRIN	Dr FRIN						
Dermatologie				Dr QUINSAT Chef de Service Médecine 3	Dr BODOCK	Pr Jean-Philippe LACOUR NC						

SPECIALITES	Projets avec mise en œuvre envisageable dans les 6 mois	Projets à travailler pour une mise en œuvre possible dans les 6 à 18 mois	Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus	Groupes de travail					Coordination	
				Antibes	Cannes	Grasse	CHUN	Menton	Binôme	accompagnateur
Gastro entérologie				Dr BROUSSARD Chef de Service Médecine 1	Dr AMOROS, chef de service	Dr DEWEYER, Chef de service	Pr Albert TRAN Pr Thierry PICHE	Dr HAYEK		
Gériatrie (sanitaire)				Dr LE NECHET Chef de Service Gériatrie	Dr BOYER, chef de service	Dr FOURNEY-FALLAS, Chef de pôle de gériatrie	Pr O GUÉRIN	Dr CAEL		
Néphrologie-hémodialyse				Dr VERDIER Néphrologue Dr QUINSAT Chef de Service Méd 3	Dr PASSERON, chef de service	Dr DIDES, Chef de pôle de médecine	Pr V ESNAULT	MC		
Infectiologie				Dr DENIS Médecine 3	Dr YASSALO	Dr ETIENNE, infectiologue; Dr LEOTARD	Pr Pierre Marie ROGER	MC		
Médecine interne Hématologie, hématologie cancéro				Dr QUINSAT Chef de Service Médecine 3 et Dr REE	Dr KAPHAN, chef de service, Dr BLANCHON	Dr DIDES, Chef de pôle de médecine	Pr Eric ROSENTHAL	Dr CUMERO		
Rhumatologie				Dr QUINSAT Chef de Service Médecine 3	Dr BOLLIA, chef de service	Dr DIDES, Chef de pôle de médecine	Pr Véronique BREUIL	MC		
Pneumologie				Dr ROTONDO Chef de Service de Pneumologie	Dr PERRIN, chef de service	Dr GURENO, Chef de service	Pr Charles Hugo MARQUETTE	Dr CUMERO		
SSR				Dr LE NECHET Chef de Service Gériatrie	Dr BOYER	Dr FOURNEY-FALLAS, Chef de pôle de gériatrie	Pr Olivier GUERIN	Dr CAEL		
Urgences				Dr RAFIDINARIA Chef de Services des Urgences	Dr LAMECHE, chef de service	Dr PELLAT, Chef de service	Pr Jacques LEVRAUT	Dr MATTEI		
Enseignement:				Dr TIGER, président de la CME ou Dr JACQ, vice président de la CME, Dr BROUSSARD, chef de service	Dr PEBEYRE, Président CME M. BRIZON, directeur Aff Médicales Mme ALBERT, DNH	Dr LOUIS, Président de la CME	Dr BENZAKEN Pr PICHE Pr GUERIN	Dr FRIN		
Recherche clinique				Dr BELLEVAIN, praticien hospitalier/ Dr BLANC, chef de service	Dr TIBI, chef de service cardio Dr KAPHAN, chef de service MIO Mme BONZIERE, directeur	Dr LOUIS, Président de la CME Mme GANTNER, directrice des soins	Pr PASSERON Pr PICHE Dr BENZAKEN	MC		
Système d'information				Mr PELSER, directeur adjoint, Dr DIANE, chef de service	Mr BOUSQUET, chef de centre Mr DUMONT, DAFSI	Dr LOUIS, Président de la CME Jean-Pierre BAS, ingénieur informatique	Dr Isabelle BEREDER Pr GUERIN Pr Patrick CHEVALLIER C. CHASSIN S. TROMBETTA	Mme MATTEUCI Ingénieure		

SPECIALITES	Projets avec mise en œuvre envisageable dans les 6 mois	Projets à travailler pour une mise en œuvre possible dans les 6 à 18 mois	Projets à retravailler pour un délai de mise en œuvre à 18 mois ou plus	Groupes de travail			Coordination
				Antibes	Cannes	Grasse	CHUN
	Groupes SPH ou ARS Nouveaux groupes						

